



**DOMANDA PER ACCESSO ALLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE
DEL SOSTEGNO FAMILIARE -DOPO DI NOI-
DD n. 148 del 23/10/2017 "AZIONE D INTERVENTI 3 E 5"**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario del
beneficio, nato a _____ il _____, residente in _____
in via _____;

Oppure, se impossibilitato

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente in _____ in via _____
in qualità di _____ del soggetto destinatario del beneficio, sig./sig.ra
_____ nato a _____ il _____,
residente in _____ alla via _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per i cittadini residenti nell'Ambito Territoriale B2 per l'assegnazione delle risorse a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -Dopo di noi- (segnare con una croce nell'apposito spazio):

Azione D - INTERVENTO 3:

- Acquisto di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambienti assisted living;

Azione D- INTERVENTO 5

- Costi della gestione di appartamenti di proprietà in cui vive la persona beneficiaria (utenze, pulizie e manutenzioni ordinarie e straordinarie);

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e

dichiarazioni mendaci

dichiara

- 1) di essere in possesso/che il beneficiario/a è in possesso dei requisiti minimi di accesso ed, in particolare, che:
- 2) di avere un'età compresa tra i 18 ed i 64 anni e la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
in deroga al limite di età (segnare con una croce nell'apposito spazio)
 - di essere disabile grave dalla nascita o di essere divenuto disabile grave nel corso della vita, prima di compiere i 65 anni o anche dopo, ma non per patologie connesse all'età avanzata
- 3) di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 o in alternativa del certificato di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11.02.1980 n. 18;
- 4) di essere residente in uno dei Comuni afferenti all'Ambito B2 e nello specifico nel Comune di _____
- 5) di possedere l'ISEE ordinario in corso di validità ,allegato alla domanda, di € _____
- 6) di avere un appartamento di proprietà in cui vive (solo per l'intervento 5)
- 7) di essere privo del sostegno familiare in quanto (segnare con una croce nell'apposito spazio):
 - mancante di entrambi i genitori
 - i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale
 - in vista del venir meno del sostegno familiare
- 8) di frequentare (segnare con una croce nell'apposito spazio):
 - frequenza di Centro Sociale Polifunzionale
 - frequenza di Centro Diurno Disabili
- 9) di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell'apposito spazio)
 - servizio di Assistenza Domiciliare
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - altro (specificare)_____

Dichiara altresì di essere /che il beneficiario è in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave mancante di entrambi i genitori, con priorità per le persone prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse all'età ovvero alla propria condizione, non sono più nella possibilità di garantire loro nel futuro prossimo il sostegno necessario ad una vita dignitosa;

Dichiara infine

- di aver preso visione dell'avviso per l'erogazione dei contributi sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- di essere consapevole che la domanda verrà sottoposta a valutazione e di accettarne gli esiti;
- le risorse saranno assegnate alle richieste valutate positivamente sulla base dell'ordine cronologico di presentazione e fino ad esaurimento dei fondi disponibili (modalità a sportello).
- di dare comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del contributo all'Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall'evento stesso.

Il sottoscritto oppure il rappresentante/curatore dichiara

- di essere a conoscenza che il l'Ambito B2, ai sensi del decreto legislativo n.109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero incongruenze, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;

Data _____

Firma _____

DA COMPILARE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA DICHIARAZIONE

La presente dichiarazione è stata resa da:

Cognome e Nome _____

In qualità di (specificare se Tutore/Curatore o il grado di familiarità _____

Comune o Stato estero di nascita _____

Prov. _____ data di nascita ___/___/___ Comune di Residenza _____

Prov. _____ CAP _____ Indirizzo completo _____

Numero telefonico _____

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGA:

- 1) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- 2) certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 o di invalidità con il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18 del 11/02/1980;
- 3) informativa privacy sottoscritta;
- 4) dichiarazione ISEE ordinario, in corso di validità;
- 5) titolo di proprietà dell'appartamento in cui vive la persona beneficiaria (solo per l'Azione 5);
- 6) copia della documentazione comprovante spese già sostenute, rientranti tra le spese sostenute per l'acquisto e/o fornitura di beni, servizi e lavori per i quali si richiede il contributo.